

Prácticas de salud bucal y características sociodemográficas

Oral hygiene practices and sociodemographic characteristics

Armando Rodríguez Salvá^I; Karen Alfonso Sagué^{II}; Mariano Bonet Gorbea^{III}

^I Especialista en Administración de Salud, Especialista en Epidemiología, Maestro en Ciencias en Salud Ambiental, Profesor Auxiliar, Investigador Auxiliar, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, Cuba.

^{II} Licenciada en Matemática, Aspirante a Investigador, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, Cuba.

^{III} Especialista en Epidemiología, Profesor Auxiliar, Investigador Auxiliar, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, Cuba.

RESUMEN

OBJETIVO: describir la frecuencia y distribución de la realización de actividades preventivas relacionadas con el cáncer bucal y otras periodontopatías según edad, sexo, nivel educacional y lugar de residencia.

MÉTODOS: se realizó un estudio transversal con diseño muestral complejo, estratificado y por conglomerados polietápicos. El universo estuvo constituido por la población cubana urbana de 15 años y más, tomándose una muestra representativa por provincias que abarcó a 22 851 personas. Se practicó una entrevista en el hogar donde se recogieron datos sobre características sociodemográficas, así como la realización de algunas conductas y acciones preventivas.

RESULTADOS: 96,6 % de los encuestados refiere realizar el cepillado dental diario, 34,7 % alude que el personal de salud le enseñó cómo efectuar el autoexamen bucal, mientras que 33,9 % efectúa ese procedimiento. Al 38,7 % se les practicó el examen bucal, siendo el porcentaje de estas actividades mayor en las mujeres y en edades jóvenes.

CONCLUSIONES: estos resultados demuestran la necesidad de aumentar las actividades preventivas en el sistema nacional de salud con una capacitación, implementación y control, para prever tempranamente el cáncer bucal y otros trastornos periodontales.

Palabras clave: Actividades preventivas, encuesta de salud, cáncer bucal, salud bucal, epidemiología.

ABSTRACT

OBJECTIVE: to describe the frequency and distribution of the carrying out of preventive activities related to oral cancer and other periodontal diseases according to age, sex, educational level, and residence place.

METHODS: a cross-sectional study with a complex sampling design, stratified by polystage groups, was conducted. The universe included the urban Cuban population aged 15 and over. A representative sample was taken by province for a total of 22 851 subjects. Home interviews were made to collect data on sociodemographic characteristics and on some behaviors and preventive actions.

RESULTS: 96.6 % of the surveyed referred that they brushed their teeth daily; 34.7 % said that the health staff taught them how to perform the oral self-examination, whereas 33.9 % carried out this procedure. 38.7 % underwent oral examination. The percentage of these activities was greater in females and at young ages.

CONCLUSIONS: these results showed the need to increase the preventive activities in the National Health System by means of training, implementation and control for the early prevention of oral cancer and other periodontal disorders.

Key words: Preventive activities, health survey, oral cancer, oral hygiene, epidemiology.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad Cuba presenta un cuadro de mortalidad donde predominan las enfermedades no transmisibles.¹ El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) al definir los objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana para el año 2000 (OPD-2000),² estableció entre sus prioridades disminuir la morbilidad y mortalidad de estas enfermedades, así como los factores de riesgo asociados.

Diversos países han realizado estudios acerca de las actividades preventivas que se efectúan para disminuir la morbimortalidad por las enfermedades no transmisibles.

Las actividades preventivas se establecen mediante conductas o acciones preventivas. Se define como *conductas preventivas*, aquellas actuaciones que desarrollan las personas para prevenir enfermedades o daños a la salud. Las *acciones preventivas* son las que el médico o el equipo de salud realiza para la detección precoz de enfermedades o de factores de riesgos. Tanto las conductas como las acciones preventivas difieren según el sexo, la edad y la facilidad de utilización de los servicios de salud.

Los estilos de vida de las personas afectan sustancialmente los resultados en salud. Estos se estructuran mediante un proceso voluntario en el cual las personas

seleccionan las conductas y sus hábitos, influyendo además perspectivas involuntarias, tales como aspectos sociales y ambientales de la vida en las que juegan un papel fundamental los grupos humanos, organizaciones sociales y gobiernos.

Las modificaciones en la conducta se deben alcanzar utilizando la influencia social, esto se logra mediante la educación, la persuasión, la motivación y la facilitación.³ Los individuos necesitan poseer el conocimiento y la voluntad o deseo de cambios, pero también necesitan la oportunidad para poder implementar sus deseos.

En Cuba el desarrollo alcanzado en la educación y en la salud pública, ha servido de base para desarrollar diversos programas de prevención y promoción de la salud. Durante los últimos 40 años el nivel de salud de la población y en particular, la salud bucal ha experimentado notables avances como resultado de la alta prioridad que el Estado ha brindado a aquellos aspectos básicos y determinantes en la calidad de vida de los ciudadanos.

El programa de detección del cáncer bucal (PDCB)⁴ orienta a todas las personas que acuden a los servicios e instituciones de salud sobre la prevención de esa enfermedad y realiza la promoción a través de los diferentes medios de difusión.

El éxito en la ejecución de un programa requiere de la participación de diversos factores de la sociedad. Es importante resaltar la participación del estomatólogo en su nivel de prevención, es la base de esa pirámide. Sin su presencia resulta imposible la ejecución de ese proyecto.

El estomatólogo deberá estar muy bien preparado para identificar pequeñas alteraciones, comienzo de síntomas y signos de un cáncer, pero también deberá tener suficientes conocimientos científicos para la educación de medidas preventivas contra el cáncer.

El objetivo del presente trabajo es describir la frecuencia y distribución de las actividades preventivas relacionadas con la salud bucal y conocer el cumplimiento de algunas acciones incluidas en los OPD-2000 del Ministerio de Salud Pública.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal con diseño muestral complejo estratificado y por conglomerados polietápicos. Los estratos los conformaron las 14 provincias del país conjuntamente con el municipio especial Isla de la Juventud y los conglomerados fueron las áreas geográficas muestrales (AGEM), manzanas y secciones. Se calculó un tamaño de muestra representativa para cada estrato de manera que permitiera obtener estimaciones provinciales. Debido a que el tamaño muestral no era proporcional al tamaño poblacional de cada provincia, resultó una muestra nacional no equiprobable.

Dentro de cada provincia se seleccionaron las AGEM de manera sistemática y en cada AGEM elegida se seleccionó una manzana. De cada manzana fueron tomadas 2 secciones que tenían 5 viviendas como promedio. En cada sección se visitaron todas las viviendas y se entrevistaron a todos los residentes permanentes de 15 años y más.

Se calculó un tamaño muestral de 9 260 viviendas distribuidas en 926 AGEM y 23 743 personas. Finalmente, fueron encuestados 22 851 individuos (96,2 %), 10 777 hombres y 12 074 mujeres mayores de 15 años, residentes en 8 921 viviendas del área urbana del país (96,3 %) en el período comprendido entre noviembre del año 2000 y marzo de 2001.⁵

Las fuentes de información la constituyeron los instrumentos aplicados a cada individuo de la muestra mediante entrevistas estructuradas realizadas en los hogares por encuestadores profesionales, los que previamente fueron entrenados por el equipo de investigación.

Entre las acciones evaluadas están la enseñanza del autoexamen bucal y la realización del examen bucal por un profesional de salud. Las conductas analizadas fueron el autoexamen bucal y el cepillado dental. Estas variables se analizaron por lugar de residencia, sexo, grupos de edad y nivel educacional.

Se consideró adecuado cuando el autoexamen bucal se realizaba mensualmente y el examen bucal se practicó por un médico o estomatólogo en el último año. Estas normativas fueron tomadas de programas nacionales del Ministerio de Salud Pública^{4,6} y de las directrices específicas que aparecen en los OPD-2000.²

Para darle salida a los objetivos planteados, se construyeron tablas de frecuencias y se calcularon intervalos de confianza (IC) del 95 % de las variables relacionadas con las actividades preventivas y las variables sociodemográficas de interés. Para ello, se utilizó el paquete estadístico SAS versión 8,2 que permite tener en cuenta en las estimaciones los efectos del diseño muestral complejo utilizado en la encuesta.

RESULTADOS

Realización de cepillado dental diario

El 96,6 % (IC 95 % 96,3-96,9) de la población estudiada señala realizar esa actividad al menos una vez al día; 52,4 % (IC 95 % 50,9-53,9) refiere cepillarse 3 o más veces al día y 38,6 % (IC 95 % 37,7-39,5) 2 veces al día ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Prevalencia de cepillado dental según variables demográficas

Cepillado dental	No.	%	Error estándar	IC 95 %	
				LI	LS
Sí	6 497 699	96,6	0,0014	96,3	96,9
No	198 709	3,3	0,0014	3,0	3,6
Sexo					
Masculino	3 136 819	96,4	0,0019	96,0	96,8
Femenino	3 360 880	96,8	0,0017	96,5	97,1
Grupos de edad					
15-19	559 835	97,9	0,0033	97,3	98,6
20-34	2 032 554	98,0	0,0019	97,6	98,3
35-49	1 865 389	97,4	0,0020	97,0	97,8
50-64	1 225 400	96,1	0,0030	95,5	96,7
65 y +	814 521	91,7	0,0055	90,6	92,8
Nivel educacional					
Ninguno	600 599	91,4	0,0058	90,3	92,6
Primaria	952 905	95,7	0,0036	95,0	96,4
Secundaria básica	2 098 451	97,4	0,0021	97,0	97,8
Preuniversitario	2 186 527	97,8	0,0019	97,4	98,1
Universitario	659 217	97,7	0,0033	97,0	98,3
Cuántas veces al día					
1	347 810	4,9	0,0017	4,6	5,3
2	2 614 655	38,6	0,0045	37,7	39,5
3	2 857 994	43,1	0,0045	42,2	44,0
4 y más	646 619	9,3	0,0016	8,6	9,9

Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud y Enfermedades No Trasmisibles, 2001.

Las provincias ubicadas en la región occidental del país presentan porcentajes superiores a la media nacional, La Habana (98,2 %), Matanzas (98 %), Pinar del Río (97,9 %) y Ciudad de La Habana (97,2 %), existiendo un mayor predominio en relación a las ubicadas en la región central y oriental ([tabla 2](#)).

Tabla 2. Prevalencia de realización de actividades preventivas según provincia de residencia

Provincia de residencia	Cepillado dental	Enseñanza del autoexamen bucal	Autoexamen bucal	Examen bucal	
				1995	2001
Región occidental					
Pinar del Río	97,9	33,8	36,6	36,1	34,8
La Habana	98,2	31,3	29,0	32,8	36,3
Ciudad de La Habana	97,2	34,1	34,4	43,5	38,0
Isla de la Juventud	96,4	24,6	26,8	52,7	38,3
Matanzas	98,0	37,6	33,3	39,5	37,0
Región central					
Villa Clara	96,0	28,1	26,6	47,7	36,8
Cienfuegos	97,2	27,6	25,8	48,1	33,7
Sancti Spiritus	92,5	31,1	34,6	40,0	31,5
Ciego de Ávila	91,8	42,8	42,5	52,4	48,4
Camagüey	97,3	33,0	30,2	44,5	32,0
Región oriental					
Las Tunas	96,4	30,0	26,5	38,3	34,9
Holguín	96,7	39,0	38,2	44,1	44,8
Granma	97,9	41,1	38,9	35,5	42,8
Santiago de Cuba	98,5	39,9	39,3	52,3	48,7
Guantánamo	96,7	43,5	38,3	43,3	39,2
CUBA	96,6	34,7	33,9	43,1	38,7
IC 95 %	96,3-96,9	33,7-35,8	33,2-34,6	41,1-45,1	37,4-39,9

Fuente: I y II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud y Enfermedades no Trasmisibles, 1995 y 2001.

A medida que aumenta la edad y/o disminuye el nivel educacional, disminuye ese hábito. No se observa predominio con relación al sexo.

El 55,9 % de los encuestados refiere haber aprendido a cepillarse con el estomatólogo y/o el técnico de atención estomatológica, mientras que 30,6 % con la familia o en la escuela.

Enseñanza del autoexamen bucal

Se encuentran bajos porcentajes con relación a la enseñanza del autoexamen bucal por parte del personal de salud (34,7 % IC 95 % 33,7-35,8), correspondiendo las cifras superiores a las provincias ubicadas en la región oriental del país, Guantánamo (43,5 %), Granma (41,1 %), Santiago de Cuba (39,9 %) y Holguín (39,0 %) (tabla 2). Ha de señalarse que la mayor atención se dirige a las edades tempranas y al sexo femenino. Se aprecia un incremento de esa acción preventiva según aumenta el nivel educacional (tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de la enseñanza de autoexamen bucal por profesionales sanitarios según variables demográficas

Enseñanza del autoexamen bucal	No.	%	Error estándar	IC 95 %	
				LI	LS
Sí	2 336 251	34,7	0,0053	33,7	35,8
No	4 317 440	64,5	0,0053	63,5	65,6
Sexo					
Masculino	1 032 535	31,3	0,0059	30,2	32,5
Femenino	1 303 716	37,7	0,0060	36,5	38,9
Grupos de edad					
15-19	202 098	36,1	0,0122	33,7	38,5
20-34	772 289	38,4	0,0072	37,0	39,9
35-49	747 114	39,0	0,0075	37,6	40,5
50-64	413 193	31,1	0,0082	29,5	32,7
65 y +	201 557	21,7	0,0084	20,1	23,4
Nivel educacional					
Ninguno	131 944	19,8	0,0083	18,2	21,4
Primaria	271 811	27,4	0,0089	25,6	29,1
Secundaria básica	747 518	35,3	0,0073	33,8	36,7
Preuniversitario	881 411	40,0	0,0075	38,5	41,5
Universitario	303 607	45,0	0,0118	42,7	45,4

Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud y Enfermedades No Trasmisibles, 2001.

Prevalencia de realización del autoexamen bucal mensual

Es importante para los grupos de riesgo y para la población en general realizarse el autoexamen bucal mensual, sin embargo, solo 33,9 % (IC 95 % 33,2-34,6) de los encuestados lo refiere, las provincias que reportan medias superiores a la nacional están ubicadas en la región oriental del país, Santiago de Cuba (39,3 %), Granma (38,9 %), Guantánamo (38,3 %) y Holguín (38,2 %), lo que guarda relación con la enseñanza del autoexamen bucal (tabla 2). A medida que aumenta la edad, disminuye la realización de esa actividad. Existe predominio de la realización de esta conducta en el sexo femenino y en las personas con un mayor nivel educacional (tabla 4).

Tabla 4. Prevalencia de realización del autoexamen bucal mensual según variables demográficas

Autoexamen bucal	No.	%	Error estándar	IC 95 %	
				LI	LS
Sí	2 271 619	33,9	0,0033	33,2	34,6
No	4 407 203	65,8	0,0033	65,1	66,4
Sexo					
Masculino	988 860	30,6	0,0049	29,6	31,5
Femenino	1 282 759	37,0	0,0048	36,1	38,0
Grupos de edad					
15-19	208 280	36,1	0,0121	33,7	38,5
20-34	779 533	37,7	0,0072	37,2	40,1
35-49	712 643	37,1	0,0077	35,6	38,6
50-64	389 463	29,3	0,0085	27,7	31,0
65 y +	181 740	19,2	0,0083	17,6	20,8
Nivel educacional					
Ninguno	116 407	17,8	0,0089	16,0	19,5
Primaria	247 881	25,4	0,0089	23,6	27,1
Secundaria básica	712 297	32,9	0,0073	31,5	34,3
Preuniversitario	883 260	40,0	0,0074	38,5	41,5
Universitario	311 814	46,5	0,0119	44,1	48,9

Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud y Enfermedades No Trasmisibles, 2001.

Prevalencia de realización del examen bucal en los últimos 12 meses

La cifra de 38,7 % (IC 95 % 37,4-39,9) alcanzada en la realización de esta acción preventiva es baja. Según la región geográfica se aprecia que existe un predominio en las provincias ubicadas en la región oriental, Santiago de Cuba (48,7 %), Holguín (44,8 %), Granma (42,8 %) y Guantánamo (39,2 %), las que muestran cifras superiores a la media nacional. Es de señalar que ninguna provincia se acerca a la meta propuesta (tabla 2).

Al estudiar el comportamiento de esta actividad por grupos de edad, se observa que a partir de los 40 años comienzan a descender las cifras de realización del examen, lo que no se justifica por ser los grupos donde aparece con mayor frecuencia las neoplasias de la región bucal y las periodontopatías. El 34,7 % del sexo masculino había sido estudiado, mientras el sexo femenino obtuvo cifras algo superiores al examinar al 42,3 % (tabla 5).

Tabla 5. Prevalencia de realización del examen bucal en los últimos 12 meses según variables demográficas

Examen bucal	No.	%	Error estándar	IC 95 %	
				LI	LS
Si	2 591 699	38,7	0,0020	37,4	39,9
No	4 090 510	61,0	0,0034	60,3	61,7
Sexo					
Masculino	1 123 817	34,7	0,0029	32,9	36,5
Femenino	1 467 882	42,3	0,0029	40,6	44,1
Grupos de edad					
15-19	256 633	45,1	0,0072	41,1	49,6
20-34	893 817	43,3	0,0041	41,3	46,3
35-49	809 023	42,4	0,0042	39,6	44,7
50-64	413 293	32,1	0,0034	29,4	34,6
65 y +	205 183	22,4	0,0047	19,4	25,0
Nivel educacional					
Ninguno	125 045	19,5	0,0047	16,7	22,3
Primaria	275 278	28,3	0,0050	25,4	31,3
Secundaria básica	789 413	37,7	0,0040	35,4	40,1
Preuniversitario	999 418	46,0	0,0042	43,5	48,5
Universitario	346 490	52,9	0,0070	48,8	57,1

Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud y Enfermedades No Trasmisibles, 2001.

Al comparar con los resultados de la I Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas realizada en 1995 se observa que solo las provincias de La Habana, Holguín y Granma muestran resultados superiores, existiendo un decremento importante (43,1 % IC 95 % 41,1-45,1 en 1995), no se aprecian cambios en relación con la edad, sexo y nivel educacional.

DISCUSIÓN

La Constitución Cubana de mayo de 1976 y la Ley 41 de la Salud Pública de 1983, determinan las bases para definir el sistema integral de salud orientado a contribuir el mejoramiento de las condiciones de vida de la población mediante la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La promoción de la salud busca la transformación de los procesos del individuo en la toma de decisiones para tratar que ellos sean favorables a la calidad de vida y a las posibilidades de salud, y busca las decisiones colectivas que incidan en la sociedad. La promoción de la salud es cualquier actividad orientada para alterar la herencia genética, la conducta o el ambiente en una dirección positiva, tendiente a mantener la salud o a modificar el estilo de vida de las personas para obtener una salud óptima.

La prevención de la enfermedad es complementaria a lo anterior y se circunscribe a los factores de riesgo que se quieren controlar para evitar la presencia de contingencias de salud, es decir, reducir la probabilidad de la aparición de una enfermedad específica en un individuo, el descubrimiento y tratamiento precoz de

los estados sintomáticos leves cuando las interacciones tempranas son más efectivas para disminuir o interrumpir el curso de la enfermedad, comprende el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la rehabilitación de la enfermedad que previene mayores daños, secuelas y muertes evitables.

Tejada y colaboradores⁷ refieren que el mantenimiento de la salud es un aspecto prospectivo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con base en la edad, sexo y factores de riesgo, que se aplica a personas aparentemente sanas o asintomáticas a intervalos determinados por la evidencia epidemiológica a través del ciclo vital individual y familiar. Este tipo de valoraciones se emplea para buscar enfermedades en individuos que se consultan por otras razones o ser por ellos mismos un motivo para la visita.

Las enfermedades dentales y bucales son uno de los problemas de salud más comunes en todo el mundo, las caries y los trastornos periodontales pueden ser el comienzo de problemas graves relacionados con la formación de abscesos y pérdidas de dientes. Esto puede evitarse si las personas se cepillan los dientes 3 o 4 veces al día.

La salud bucal es parte integrante de la salud general, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal. Estas enfermedades, en particular las caries dentales, las periodontopatías y las maloclusiones, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifican plenamente su atención como problema de salud pública.

Estudios nacionales^{8,9} señalan que una medida significativa para la prevención de la carie dental ha sido la administración de flúor a través de la fluorización de las pastas dentales. El cepillado dental contribuye a minimizar los factores de riesgo de caries, es un aspecto de gran importancia en la estomatología ya que la carie dental es una enfermedad de elevada prevalencia e incidencia en muchas poblaciones y los costos de los tratamientos curativos estomatológicos son altos.

Existe consenso en estudios realizados,^{10,11} de que las cremas dentales elevan ligeramente la resistencia del esmalte a la desmineralización ácida, debido a la comprobada mejoría que producen en la higiene bucal. La capacidad individual de remineralización también mejora debido a la disminución en la acumulación de placa dentobacteriana que favorece el aporte de minerales de la saliva al diente.

Los resultados obtenidos coinciden con el estudio realizado por *Magallanes* y colaboradores¹² en Colombia, el cual reporta que 94 % de los encuestados se cepillaban sus dientes 2 o más veces al día.

No por ser menos frecuente deja de ser importante el cáncer bucal, que puede ser mortal y al que contribuye notablemente el consumo de alcohol y tabaco. El programa nacional de atención estomatológica⁶ contempla a estos grupos como prioritarios.

La pesquisa del cáncer bucal y otras enfermedades como periodontopatías, caries y maloclusiones están dentro del PDCB. Este programa prevé que 80 % de la población de 15 años y más sea examinada con periodicidad anual, sin embargo, las cifras encontradas en este estudio del 38,7 %, están por debajo de lo esperado, si se tiene en cuenta que el programa nacional de estomatología está vigente en el país desde hace años y que existe una buena cobertura y accesibilidad a este

servicio. Además son menores a las reportadas en la I Encuesta Nacional de 1995 (43,1 %).

A pesar de los esfuerzos llevados a cabo por los organismos sanitarios internacionales en el campo de la prevención, en las últimas décadas se ha observado un relativo aumento de la incidencia del cáncer y precáncer bucal.^{13,14} Resulta de particular interés, que el referido incremento involucra a países de diferentes niveles de desarrollo económico.

En Cuba, esta localización ocupa el décimo lugar en la incidencia general de cáncer con una tasa de 6,8 por 100 000 habitantes (sexto lugar en el sexo masculino con 9,7) y el decimoprimer en la mortalidad (5,2 por 10⁵), siendo el riesgo en el sexo masculino 2 veces mayor.^{1,15,16} Las secuelas familiares y sociales, así como las cuantiosas pérdidas materiales que implica la atención del paciente oncológico ratifican la necesidad de implementar programas nacionales de prevención y diagnóstico precoz para el cáncer bucal y las lesiones premalignas, aspectos que se han tratado en otras publicaciones.¹⁷⁻²²

El éxito en la ejecución de un programa requiere de la participación de diversos factores de la sociedad. Es importante resaltar que la participación del estomatólogo y el médico de familia en su nivel de prevención, son la base de esa pirámide. Estos profesionales deberán estar muy bien preparados para identificar pequeñas alteraciones, comienzo de síntomas y signos de un cáncer, pero también deberán tener suficientes conocimientos científicos para la educación de medidas preventivas contra el cáncer.

Otro de los aspectos en que, de forma urgente, hay que trabajar es el cambio de hábitos y costumbres alimentarias. La participación decisiva del exceso en el consumo de alcohol y el hábito de fumar en el proceso de carcinogénesis bucal es incuestionable,²²⁻²⁵ por lo que resulta imprescindible trabajar en la divulgación de sus nocividades. Por otra parte, se debe orientar a la población hacia el consumo de frutas y vegetales, como parte de una dieta preventiva para el cáncer de cualquier localización anatómica,^{22,26} lo cual es recomendado actualmente en los diferentes programas de promoción.

El PDCB aplicado en Cuba desde el año 1984, se basa en el examen minucioso del complejo bucomaxilofacial con una periodicidad anual en los individuos mayores de 15 años.⁴ Incluye la remisión y el seguimiento de los casos afectados. Además, el programa promueve la enseñanza y práctica del autoexamen de la cavidad bucal.^{16,20} Los resultados alcanzados en ambas actividades (menos del 35 %) son insuficientes para lograr un impacto positivo del programa.

En estadios iniciales el cáncer bucal es asintomático, por lo que su detección temprana produce una reducción significativa de la morbilidad y la mortalidad e incrementa la curación, supervivencia y calidad de vida.^{17,21,22} Se estima que la tasa de supervivencia de 5 años se puede duplicar si el tratamiento se inicia cuando las lesiones son menores de 2 cm de diámetro, de ahí la importancia del pesquisaje mediante el examen sistemático de la cavidad bucal, ya sea por la propia persona o por un profesional sanitario.

El apoyo que brinda el médico de la familia en la detección temprana de lesiones malignas y premalignas y la consiguiente prevención y mejoramiento de la salud bucofacial de su población ha sido corroborado por *Quintana* y colaboradores.²⁷ No obstante, es importante incrementar su superación para poder contar con su apoyo. En este estudio el papel desarrollado por el médico de familia ha sido bajo (4,4 %).

A pesar de que la tasa de cáncer bucal es mayor en los hombres que en las mujeres,^{1,15} lo que pudiera estar en relación con la presencia en estos de una serie de factores de riesgo importantes como son, hábito de fumar, ingestión de bebidas alcohólicas y menos atención estomatológica; los resultados encontrados señalan que los hombres presentaron cifras inferiores de realización del examen y autoexamen bucal que las mujeres.

Igualmente, se observa que a medida que se incrementa la edad, se encuentran cifras inferiores en la realización del examen y autoexamen bucal, lo que coincide con *Quintana*²⁸ y *Hermida*,²⁹ referente a que el establecer medidas preventivas de higiene bucal para atender la salud, puede redundar en grandes beneficios para la población de la tercera edad.

Es importante la identificación temprana de factores de riesgo, lo que significa que el conocimiento puede ser una condición necesaria pero no suficiente para que las personas adopten comportamientos saludables.

Lo fundamental no es simplemente vivir más tiempo, sino lograr la más alta calidad de vida posible mientras se viva.

CONSIDERACIONES FINALES

- Los resultados documentan la necesidad de estimular las prácticas de salud de la población en forma más específica. Se deberían diseñar programas de intervención relacionados con el fomento de la salud y prevención de las enfermedades con fines educativos e investigativos, para permitir que la población se sienta comprometida a reforzar los comportamientos de salud favorables, modificar los no favorables, y alcanzar un estilo de vida saludable con beneficio para su salud.
- Los estomatólogos y los médicos de la familia deberán estar muy bien preparados para identificar pequeñas alteraciones, comienzo de síntomas y signos de cáncer, pero también deberán tener suficientes conocimientos científicos para la educación de medidas preventivas contra el cáncer. Se hace necesario su adiestramiento en la identificación de aquellas lesiones más frecuentes del complejo bucal y en el examen físico que debe practicársele sistemáticamente a la población. Del mismo modo se recomienda la limitación de hábitos nocivos y orientar a las personas sobre el consumo de alimentos con propiedades preventivas para el cáncer.
- Se hace necesario estimular a los diferentes integrantes del equipo de salud, para incorporar en forma sistemática los componentes e intervenciones preventivas en su práctica asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2007. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 2008.
2. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000. Rev Cubana Med Gen Integr. 1992;8(3):271-87.

3. Valdés R. Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2004; 22(3): 49-59. [Consultado 25 de junio de 2008]. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/FASE1/medicina/documentos/facultades/psicologia/Vol22/03_Factores_aplVol22.pdf
4. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de detección del cáncer bucal (PDCB). La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
5. Cañizares M, Barroso I, Alfonso A, García R, Alfonso K, Chang M, et al. Estimaciones usadas en diseños muestrales complejos: aplicación en la muestra de salud cubana del año 2001. *Rev Panam Salud Pública*. 2004; 15(3): 176-84.
6. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de atención estomatológica a la población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
7. Tejada de Azuero EL, Herrera JA, Moreno CH. Identificación temprana de riesgo cardiovascular y de cáncer por pruebas-filtro de laboratorio en funcionarios de la Universidad del Valle, Cali, Colombia 1999-2000. *Colombia Médica*. 2000; 31(3): 131-4.
8. Peña González A, Arredondo López M, Vila Martínez L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. *Rev Cubana Estomatol*. 2006; 43(1). [Consultado 19 de julio de 2008]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003&lng=es&nrm=iso
9. Gispert E, Cantillo E, Rivero A, Oramas B, Barreto E. Evaluación de una crema dental con extracto de cuproclorofila. *Rev Cubana Estomatol*. 2001; 38(3). [Consultado 19 de julio de 2008]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072001000300001&script=sci_arttext
10. Gispert Abreu E, Cantillo Estrada E, Rivero López A, Cruz Rodríguez M. Remineralización in vivo del esmalte desmineralizado artificialmente. *Rev Cubana Estomatol*. 2001; 38(1): 5-9. [Consultado 19 de julio de 2008]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-75072001000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Monter de Coronel ME, Delgado JM, Martínez IM, Guzmán CE, Espejel M. Desmineralización-remineralización del esmalte dental. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 2002; 59(2): 220-2. [Consultado 25 de junio de 2008]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-adm/e-od2002/e-od02-6/er-od026g.htm>
12. Magallanes JJ, León A, Arias L, Herrera JA. Prácticas de salud y su relación con las características sociofamiliares de estudiantes de Medicina. Universidad del Valle, Cali, Colombia, 1994. *Colombia Médica*. 1995; 26(4): 132-40.
13. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*. 2005; 55(2): 74-108.
14. Riera P, Martínez B. Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. *Rev Méd Chile* 2005; 133(5): 555-63. [Consultado 25 de junio de 2008]. Disponible

en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005000500007&script=sci_arttext

15. Rodríguez Salvá A, Martín García A. El registro nacional de cáncer de Cuba. Procedimientos y resultados. *Rev Bras Cancerología*. 2001;47(2):171-7.
16. Rodríguez Salvá A, Martín García A, Camacho Rodríguez R. El Programa Nacional de Control de Cáncer en Cuba. *Rev Bras Cancerología*. 1998; 44(2):119-29.
17. Rodríguez Salvá A, Fernández Garrote L, Caraballosa Hernández M. Distribución por etapas clínicas al diagnóstico del cáncer bucal en Cuba: 1982-1988. *Rev Bras Cancerología*. 1993;39(4):201-4.
18. Rodríguez Salvá A, Caraballosa Hernández M, Fernández Garrote L. Coincidencia entre el programa de detección del cáncer bucal y el registro nacional de cáncer. *Rev Bras Cancerología*. 1994;40(1):5-8.
19. Rodríguez Salvá A, Fernández Garrote L, Caraballosa Hernández M. Casos examinados por el programa de detección del cáncer bucal. Cuba 1986-1990. *Rev Bras Cancerología*. 1994;40(3):149-53.
20. Lence Anta J, Rodríguez Salvá A, Santana Garay JC, Fernández Garrote L. Programa de diagnóstico precoz del cáncer bucal. Resultados y perspectivas. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1994;10(3):230-4.
21. Fernández Garrote L, Sankaranarayanan R, Lence Anta J, Rodríguez Salvá A, Parkin DM. An evaluation of the oral cancer control program in Cuba. *Epidemiology*. 1995;6(4):428-31.
22. Sankaranarayanan R, Fernández Garrote F, Lence Anta J, Pisani P, Rodríguez Salvá A. Visual inspection in oral cancer screening in Cuba: a case-control study. *Oral Oncology*. 2002;38(2):131-6.
23. Kawanishi S, Hiraku Y. Oxidative and nitrative DNA damage as biomarker for carcinogenesis with special reference to inflammation. *Antioxid Redox Signal*. 2006;8(5-6):1047-58.
24. Chaiyarit P, Ma N, Hiraku Y, Pinlaor S, Yongvanit P, Jintakanon D, Murata M, Oikawa S, Kawanishi S. Nitrative and oxidative DNA damage in oral lichen planus in relation to human oral carcinogenesis. *Cancer Sci*. 2005;96:553-9.
25. Pérez MA, Raimondi AR, Itoiz ME. An experimental model to demonstrate the carcinogenic action of oral chronic traumatic ulcer. *J Oral Pathol Med*. 2005;34:17-22.
26. Suzuki T, Wakai K, Matsuo K, Hirose K, Ito H, Kuriki K, Sato S, Ueda R, Hasegawa Y, Tajima K. Effect of dietary antioxidants and risk of oral, pharyngeal and laryngeal squamous cell carcinoma according to smoking and drinking habits. *Cancer Sci*. 2006;97(8):760-7.
27. Quintana JC, Ceja C, Gardón L. Importancia de la incorporación del médico de la familia al plan de detección precoz del cáncer bucal en Artemisa. *Rev Cubana Estomatol*. 1999;37(2):230-4.

28. Quirós Y, Miranda M, Jiménez L, Mejías M. Propuesta de intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal en la población adulta. Archivo Médico de Camagüey. 2006;10(6). [Consultado 19 de julio de 2008]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n6-2006/2150.htm>

29. Hermida M, Santana JC, González YE, Borroto DC. Factores de riesgo del cáncer bucal. MediCiego 2007;13(1). [Consultado 19 de julio de 2008]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a12_v13_0107.htm

Recibido: 14 de noviembre de 2007.
Aprobado: 19 de agosto de 2008.

Armando Rodríguez Salvá. División de Epidemiología y Salud Pública, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Infanta No. 1158 e/ Llinás y Clavel, CP 10300, La Habana, Cuba. E-mail: armando.rdguez@infomed.sld.cu